

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LES
KYSTES DERMÓIDES DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS JULHIET

Né le 23 Décembre 1872, à Romans (Drôme)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 8 Juillet 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS JULHIET

Né le 23 Décembre 1872, à Romans (Drôme)

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. DIDELOT.	MM. POLLOSSON (Aug.)	MM. ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	WEILL.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	BARRAL,
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (ÉTIENNE)	chargé des fonctions d'agrégé.
DEVIC.	PERRET.	ROQUE.	MOREAU id.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. BARD, Assesseur; MM. ROCHET et CONDAMIN Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MERE

A MES SCEURS

MEIS ET AMICIS

UNIVERSITÉ DE LYON

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LAROYENNE

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CONDAMIN

A MES MAÎTRES

à la Faculté et dans les Hôpitaux

AVANT - PROPOS

Parmi les organes génitaux de la femme, susceptibles d'être le siège de néoplasmes différents, l'ovaire est certainement un de ceux qui présente le plus d'intérêt. Les tumeurs qui se développent à son niveau sont, en effet, de nature variée, mais celles qu'on est appelé à rencontrer le plus souvent sont évidemment les productions kystiques. Elles se divisent en cinq groupes : les cysto-épithéliomes, les hydropisiés folliculaires, les kystes hématiques, les kystes hydatiques et enfin les kystes dermoïdes.

C'est cette dernière variété, cependant beaucoup plus rare que les autres, qui nous occupera spécialement aujourd'hui.

Toutefois cette question est trop vaste et elle a déjà été traitée d'ailleurs trop souvent et par des auteurs trop compétents pour que nous fassions ici une étude complète de

ces tumeurs. Nos desseins sont plus humbles : nous nous contenterons d'émettre quelques idées sur certains points de leur histoire; trop heureux si par ces considérations nous arrivons à jeter une faible lumière sur leur diagnostic parfois si obscur.

Mais avant de commencer, nous n'avons garde de manquer à l'accomplissement d'un devoir qui nous est cher et qu'il nous est agréable de remplir. C'est celui de remercier tous nos maîtres qui ont concouru à notre éducation médicale à la Faculté et dans les hôpitaux.

Nous tenons tout spécialement à exprimer notre respectueuse et profonde gratitude à MM. les professeurs Gayet et Maurice Pollosson et à M. Humbert Mollière dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe; nous garderons toujours précieusement le souvenir de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et des savantes leçons qu'ils nous ont prodiguées.

Nous sommes heureux de pouvoir inscrire en tête de ce travail le nom de M. le professeur agrégé Condamin, car nous n'oublions pas que c'est lui qui a bien voulu nous en donner l'idée première et que c'est grâce à ses conseils autorisés que nous avons pu le mener à bonne fin. Aussi le prions nous de recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle il s'est mis à notre disposition en nous facilitant l'accomplissement de notre tâche.

M. le professeur Laroyenne, en acceptant la présidence

de notre thèse, nous fait une faveur dont nous sentons tout le prix, qu'il nous soit permis de lui demander de vouloir bien agréer l'hommage de notre respect le plus profond en même temps que nos plus sincères remerciements.

Nous diviserons ainsi cette modeste étude. Après avoir passé en revue les différentes théories proposées pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire, en nous arrêtant spécialement sur celles de Répin et de Bard, nous décrirons quelques symptômes plus particuliers à ces néoplasmes et nous insisterons surtout sur le signe de M. Laroyenne, c'est-à-dire sur l'acuité et la superficialité des douleurs qui se produisent chez les malades porteurs de ces tumeurs. Nous terminerons enfin par l'exposé de leur traitement en discutant surtout leur ablation par la voie vaginale.

Nous ne ferons pas de chapitre spécial pour nos observations nous contentant chaque fois qu'il sera nécessaire, de les citer à l'appui de nos assertions.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552306_0016

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LES

KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

CHAPITRE PREMIER

Quelques idées nouvelles sur la pathogénie des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Personne ne conteste plus aujourd'hui la structure anatomique des kystes dermoïdes qui, d'ailleurs, est toujours identique à elle-même quel que soit l'endroit où se trouvent ces tumeurs, mais il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de leur genèse, et cette question est certainement l'une des plus obscures et des plus controversées de la pathologie générale.

Les considérations auxquelles elle a donné lieu sont, en effet, nombreuses, et depuis longtemps ce problème difficile exerce la sagacité des anatomo-pathologistes.

Loin de nous la pensée de le résoudre ici et d'en faire entièrement l'historique : Notre compétence ne va pas jusque-là et les limites de notre travail seraient d'ailleurs dépassées. Nous voulons simplement exposer sur ce sujet

les idées les plus nouvelles et répondant le mieux, ce nous semble, aux exigences de cette solution délicate.

Si l'on fait abstraction de l'opinion qui consiste à attribuer les dermoïdes de l'ovaire au produit d'une grossesse extra-utérine, opinion ruinée, du reste, par la possibilité de les constater chez les enfants, les théories qui se sont partagé les faveurs des pathologistes sont les suivantes :

La première est celle de l'inclusion fœtale soutenue par I. G. Saint-Hilaire¹ qui assimile les « masses amorphes des ovaires, de l'utérus, des trompes et même de la cavité abdominale à de véritables embryons distincts bien qu'incomplets au plus haut degré, à des êtres ayant leur existence propre et individuelle, bien que réduits par un arrêt presque général de développement, à quelques parties seulement : en un mot à des monstres offrant en eux le dernier degré de la monstruosité par défaut ».

C'est quelque temps après que Lebert² émit sa façon de voir : Pour lui, les dermoïdes de l'ovaire ne sont autre chose que de simples tumeurs dont les tissus sont remarquables par une nature absolument différente de celle des tissus voisins. Cette théorie, appelée hétérotopie plastique par son auteur, est en somme une plaidoirie en faveur de l'indifférence cellulaire admise et précisée plus tard par Virchow ; nous dirons d'ailleurs, avec Pozzi, que c'est une dénomination plutôt qu'une explication.

C'est alors qu'apparaît la théorie de l'enclavement dont la conception appartient à Verneuil³ qui considère les

¹ I. G. Saint-Hilaire, *Traité de tératologie*, II, p. 536.

² Lebert, *Mémoires de la Société de biologie*, 1852, t. IV.

³ Verneuil, *Soc. anatomique*, 1852.

dermoïdes de l'ovaire comme provenant du tégument externe de l'embryon dont une partie se serait enclavée au sein des autres tissus, et, ne se développant pas en même temps que le reste du fœtus, aurait donné lieu dans la suite, par son accroissement, à la formation du kyste.

Ici prend place la théorie de la parthénogénèse imaginée par Meckel et Waldeyer et nettement formulée par Mathias Duval. Nous y reviendrons plus loin.

Nous arrivons enfin à la thèse de Trévoux¹, entreprise sous l'inspiration de M. le professeur Bard, qui prétend avec raison que les kystes dermoïdes de l'ovaire sont des tumeurs à tissus multiples, c'est-à dire, constituées par des éléments cellulaires multiples appartenant à des espèces ou à des variétés cellulaires différentes, se développant parallèlement côte à côte sans qu'il soit possible d'attribuer, au début, une influence quelconque d'un de ces tissus sur le développement des autres. Ces tumeurs ont une origine unicellulaire et la cellule initiale est ici une cellule nodale de l'embryon reproduisant ultérieurement, à l'état pathologique, les tissus multiples auxquels elle devait donner naissance physiologiquement.

Mais cette explication si remarquable ne contenta pas encore tous les auteurs ; nous n'en voulons pour preuve que le travail récent de Répin² qui vient de reprendre et de vulgariser la théorie de Mathias Duval :

Pour lui, les dermoïdes de l'ovaire sont dus à la prolifé-

¹ Trévoux, *Des tumeurs à tissus multiples* (thèse de Lyon, 1888).

² Répin, *Origine parthénogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire* (thèse, Paris, 1891).

ration parthénogénétique d'un ovule inclus emprunté à l'individu porteur lui-même. « La segmentation du vitellus et la formation d'un blastoderme, dit-il, en dehors de toute fécondation sexuelle est un fait général dans toute la série animale. Ce phénomène qui chez les articulés, par exemple, peut aller jusqu'à la génération d'un animal viable, semble se borner toujours chez les vertébrés à la formation d'une ou de deux assises de cellules blastodermiques, où de nombreuses observations prouvent que, chez les mammifères à placenta, le blastoderme possède une viabilité propre, indépendante de celle de l'embryon, due à ce que la couche externe du blastoderme ou ectoderme, émet des villosités qui lui permettent de puiser dans l'organisme maternel les éléments nécessaires à sa nutrition. Si l'on rapproche ces faits des caractères anatomiques des kystes dermoïdes de l'ovaire qui, généralement ne comportent que les éléments de l'ectoderme, le premier en date des feuilletts du blastoderme, rarement ceux de l'entoderme et exceptionnellement des parties embryonnaires ou même des embryons entiers, on reconnaîtra sans doute que la théorie parthénogénétique se présente avec de grandes apparences de vraisemblance ».

Et il termine ainsi : « Ces kystes doivent être maintenus dans l'ordre des monstres parasites de G. Saint-Hilaire qu'ils constituent à eux seuls, et l'élément dermoïde a la valeur et la signification d'un véritable monstre acardiaque, d'un omphalosite caractérisé par ce fait que son système vasculaire est en communication non avec celui d'un frère jumeau, mais avec celui de la mère ».

Quoique la plupart des livres aient adopté cette manière de voir, qui, nous l'avouons, est à la fois séduisante et ingé-

nieuse, nous lui ferons cependant, avec M. le professeur Bard, certaines objections :

Tout d'abord la théorie de la parthénogénèse repose sur deux données principales qui sont : l'affirmation de l'origine ovulaire des dermoïdes de l'ovaire, d'une part, et l'intervention de la parthénogénèse dans le développement anormal de ces ovules, d'autre part.

Or, Répin commence à examiner les cas de kystes dermoïdes contenant des embryons presque reconnaissables, kystes dont il est impossible de contester l'origine ovulaire, dit-il ; or, comme on peut trouver tous les intermédiaires, il en conclut qu'il doit en être de même des kystes les plus simples. « Mais il est bien évident, dit M. Bard ¹, que, dans le développement normal de l'embryon, il y a tous les stades intermédiaires, depuis l'ovule jusqu'au fœtus : le processus néoplasique peut prendre naissance à toutes les époques de ce développement, les tumeurs qui naissent des premiers stades sont très complexes, elles forment des sortes d'embryons néoplasiques ; celles qui naissent plus tard sont de moins en moins complexes, voilà pourquoi on constate tous les intermédiaires, et, suivant les cas, des formes très complexes d'origine juxta-ovulaire, et des formes plus simples d'origine bien postérieure. »

En second lieu, Répin, pour combattre la théorie de l'inclusion fœtale parasitaire insiste sur tous les caractères qui séparent ces deux ordres de production ; mais, comme on ne peut contester l'origine ovulaire de l'inclusion

¹ Bard, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1893.

foetale; en mettant en relief les différences existant entre cette dernière et la parthénogénèse, il combat par cela même l'origine ovulaire des kystes dermoïdes de l'ovaire; car, il ne saurait y avoir des dissemblances bien considérables entre les produits d'un ovule fécondé et ceux d'un ovule qui, du fait de la parthénogénèse, a le droit de se développer comme s'il avait été fécondé.

Mais, en supposant que l'on admette l'origine ovulaire des dermoïdes de l'ovaire, pourrait-on faire intervenir la parthénogénèse pour expliquer la prolifération de ces ovules?

Tel n'est pas notre avis.

En effet, nous croyons avec M. Bard que tous les dermoïdes ont une origine congénitale: ceci n'est pas douteux pour les dermoïdes superficiels, et si on a pu le contester pour les kystes de l'ovaire ou les kystes profonds, c'est parce que leur siège les a fait passer longtemps inaperçus.

De nombreuses observations, celles de Pigné entre autres qui, sur 49 cas, en a trouvé 17 chez des enfants de moins de douze ans, dont 6 chez des filles âgées de six mois à deux ans, 4 chez des fœtus à terme, 2 chez des fœtus produits d'avortement à la fin du huitième mois, sont là pour prouver que les kystes dermoïdes, à la naissance, ne sont pas aussi rares qu'on veut bien le dire.

Mais alors, qu'on invoque la parthénogénèse telle qu'on la rencontre dans le règne animal, c'est-à-dire chez des femelles adultes, pour expliquer la formation des dermoïdes non congénitaux (si toutefois ils existent), nous le voulons bien; mais comment expliquer les kystes congénitaux que Répin admet en partie, si ce n'est par la

parthénogénèse pour des ovules d'êtres embryonnaires? ce qui est contraire à toute notion d'histoire naturelle.

D'un autre côté, on a constaté des tumeurs analogues, à tissus multiples, dans le testicule et dans l'abdomen, chez les mâles. Faudrait-il dès lors accorder à la parthénogénèse le pouvoir de donner naissance à un kyste dermoïde avec un spermatozoïde aussi bien qu'avec un ovule? On répond à cela, il est vrai, que toutes les tumeurs à tissus multiples des mâles sont des tératomes par inclusion foetale; mais puisque là aussi existent tous les intermédiaires, comme dans les tumeurs femelles, pourquoi ces dernières ne seraient-elles pas toutes également des inclusions foetales?

Comment maintenant expliquer par la parthénogénèse les kystes dermoïdes des régions superficielles? Cette théorie, en effet, ne s'applique qu'aux kystes de l'ovaire, et cependant rien n'autorise à reconnaître aux premiers une pathogénie radicalement différente de celle des seconds.

Bien plus, Répin attribue une origine différente aux parties mucoïdes et aux parties dermoïdes d'une tumeur ovarique, malgré leur association extrêmement fréquente; c'est une conséquence qui découle directement, il est vrai, de ce fait qu'il reconnaît une pathogénie différente pour les kystes dermoïdes et pour les kystes mucoïdes de l'ovaire. « Dans cette manière de voir, dit-il, les kystes dermoïdes de l'ovaire résultent donc d'une dégénérescence spéciale de l'ovule, associée le plus souvent, — puisque ces kystes sont généralement mixtes, muco-dermoïdes — à une prolifération consécutive de l'épithélium du follicule de Graaf. » mais pourquoi faire cette distinction? Il est bien probable,

en effet, que l'ovule en parthénogénèse peut être aussi bien capable de produire des tissus muqueux que des tissus épidermiques.

Mais là ne sont pas les seuls défauts de la théorie de Duval. Comment expliquer, en effet, par la parthénogénèse la multiplicité de ces tumeurs, trop fréquente pour qu'on l'attribue à une simple coïncidence, ou même leur bilatéralité qui est presque la règle. Il serait bien singulier qu'un processus aussi rare que la parthénogénèse se développât ainsi simultanément dans les deux ovaires. Tandis qu'avec l'origine foetale de la tumeur, rien de plus aisé que d'expliquer ce détail, car, ainsi que le dit Trévoux ¹, la multiplicité des foyers néoplasiques n'est qu'apparente, elle est le fait du morcellement d'un foyer primitivement unique, dont les diverses tumeurs ne sont que les fragments séparés les uns des autres, morcellement et dispersion du foyer primitif qui résultent du développement naturel des organes dans lesquels la tumeur a pris naissance.

Enfin, la parthénogénèse dans laquelle un ovule est fils d'un autre ovule a contre elle ce fait qu'on a constaté dans certains kystes dermoïdes un nombre colossal de dents pouvant atteindre le chiffre de trois cents et plus. Nous savons, il est vrai, que c'est un grand argument invoqué justement contre la théorie de l'inclusion foetale dans laquelle les deux ovules sont frères, au lieu de descendre l'un de l'autre; mais cet argument a précisément la même valeur contre la parthénogénèse : car, alors même qu'on expliquerait ce phénomène par la parthénogénèse simultanée

¹ Trévoux, *loc. cit.*, p. 133.

d'un nombre d'ovules suffisants pour produire toutes ces dents, faudrait-il encore supposer que tous ces ovules ont subi entre eux une fusion intime. Avec la théorie néoplasique, au contraire, tout s'explique, et ce fait n'a rien d'étonnant, puisque les proliférations pathologiques sont sans limites.

Cette théorie à laquelle nous nous rangeons absolument pour notre part, sans pour cela vouloir juger en bien ou en mal celle de Répin, ce qui ne nous appartient pas, a été formulée ainsi par M. le professeur Bard¹ : « Dans ma manière de voir, dit-il, les kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont qu'un cas particulier des tumeurs à tissus multiples ; celles-ci sont de véritables tumeurs indépendantes de toute fécondation de même que de toute parthénogénèse, et ne diffèrent des tumeurs à tissu unique que pour cette raison qu'elles ont pris naissance pendant la vie fœtale ; elles reconnaissent pour origine la multiplication pathologique, néoplasique, d'une cellule complexe de l'embryon, apte à donner naissance à des tissus d'autant plus multiples qu'elle est située plus près de l'ovule primitif. On doit même admettre, en poussant la théorie à ses dernières limites, l'existence de tumeurs prenant naissance de l'une des cellules nées de la première prolifération de l'ovule fécondé, avant tout dédoublement, et pouvant dès lors, produire par son développement ultérieur un véritable embryon monstrueux qui ne se distinguerait d'une diplogénèse normale, donnant naissance à des jumeaux que par le caractère imparfait et abortif du produit. »

¹ Bard, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1893, p. 521.

Certains auteurs ont cru pouvoir assimiler l'opinion que nous défendons aujourd'hui à celle de Conheim pour lequel des cellules de l'embryon ont été incluses au milieu des tissus de l'adulte pour vivre là une vie latente sans poursuivre leur évolution, jusqu'au jour où une cause occasionnelle vient les réveiller et provoquer à leurs dépens la formation d'une tumeur. Mais nous nous inscrivons en faux contre une pareille assimilation, car loin d'admettre le sommeil des cellules de l'embryon, nous soutenons que, quoiqu'ayant une origine foetale, les tumeurs à tissus multiples ne se sont jamais reposées et que leur développement a commencé dès la vie foetale. Et là n'est pas la seule différence existant entre notre manière de voir et celle de Conheim ; car non seulement nous n'admettons pas avec ce dernier, que toute tumeur provient d'une cellule embryonnaire ; mais encore nous posons en principe, ainsi que Bard l'a démontré, que toutes les espèces cellulaires de l'économie à toutes les périodes de la vie sont capables, à des degrés divers de fréquence, de donner naissance à des tumeurs, et qu'il existe une différence profonde entre une tumeur née d'une cellule de l'embryon, et une tumeur née d'une cellule de l'organisme adulte. Dans le premier cas, en effet, on aura une tumeur à tissus multiples, et d'autant plus multiples même qu'elle est située plus près de l'ovule primitif, c'est-à-dire qu'elle est plus complexe ; tandis que dans le second cas, on aura une tumeur à tissu unique.

Nous tenons néanmoins, en terminant ce chapitre à constater que l'opinion vulgarisée par Répin est certainement celle qui se rapproche le plus de celle que nous sou-

tenons et que le succès dont elle a joui et dont elle jouit encore actuellement, nous montre que les idées évoluent de plus en plus vers la notion de la spécificité cellulaire absolue que nous nous plaçons à défendre avec M. le professeur Bard.

CHAPITRE II

De quelques symptômes plus particuliers aux kystes dermoïdes de l'ovaire. Leur diagnostic est-il possible ?

A leur début les kystes dermoïdes de l'ovaire ont une symptomatologie des plus insidieuses.

Nous ne nous arrêterons pas aux phénomènes résultant des compressions nerveuses, vasculaires et viscérales, des troubles dyspeptiques et cardiaques, du facies ovarien, phénomènes qui sont communs à toutes les productions kystiques de l'ovaire et qui souvent même n'existent pas dans les kystes dermoïdes.

Nous ne parlerons que des symptômes propres à la variété des tumeurs qui nous occupent.

Un des signes que nous tenons à mentionner en premier lieu, et sur lequel M. Laroyenne insiste tout particulièrement, est la présence et le caractère de douleurs tout à fait pathognomoniques.

Le plus souvent, dans les kystes ordinaires, les malades se plaignent d'une sensation de poids dans l'abdomen, de rétention d'urine, de constipation opiniâtre ou même de dyspnée intense, phénomènes dus soit à la pression de la tumeur sur la vessie, le rectum ou le diaphragme, soit à quelque poussée de péritonite amenant parfois des souffrances assez vives dans le ventre, le plus ordinairement localisées au niveau de la tumeur.

Mais, dans tout ceci, pas de douleurs à proprement parler on n'a affaire qu'à de simples troubles de compression.

Tout autre est le caractère de la souffrance dans les kystes dermoïdes : elle présente deux particularités importantes qui sont l'acuité et la superficialité.

Et d'abord, cette douleur semble dans la majorité des cas, ne pas avoir son point de départ dans la tumeur proprement dite, il est plus fréquent de la voir s'irradier vers les aines et les flancs. Elle se manifeste dès le début, violente, atroce, décelant quelquefois à elle seule, l'existence du néoplasme ; souvent alors elle disparaît assez rapidement pour faire place à une douleur sourde donnant à la malade la sensation d'un corps étranger lourd et paraissant suspendu dans l'excavation.

Tantôt continue et aiguë, tantôt sourde et paroxystique cette douleur peut troubler gravement le sommeil ; néanmoins il est possible de constater des rémissions dans son intensité, rémissions qui ne sont malheureusement pas de longue durée.

Mais l'acuité n'est pas la seule caractéristique de ces souffrances, leur superficialité n'est pas moins importante et c'est sur ce dernier point que M. Laroyenne insiste spécialement :

En effet, la plus légère pression au niveau de la tumeur détermine une sensation excessivement pénible analogue à celle qu'on rencontre, dans la coxalgie hystérique. Si on pince les téguments superficiels jusqu'à les soulever des parties sous jacentes, voire même si on exerce un simple frôlement, un léger attouchement à la surface de la peau, il arrive fréquemment que les malades accusent une douleur extrême, parfois bien plus vive que lorsqu'on comprime fortement les parois pour arriver à explorer les organes profonds. Il s'agit donc, il semble, dans ces cas-là d'une véritable hyperesthésie ayant son point de départ non pas dans la tumeur, mais dans le revêtement cutané le plus extérieur, puisque c'est à son niveau que le contact donne à la souffrance son maximum d'intensité qui diminue si l'on vient à soulever en masse toutes les parois abdominales.

Cette superficialité et cette violence sont parfois telles que les kystes dermoïdes peuvent en imposer au chirurgien et lui faire croire, souvent bien à tort, à l'existence d'une phlegmasie péritonéale.

Nous transcrivons ici deux observations, l'une recueillie par M. Larrivé dans le service de M. Laroyenne, l'autre que nous trouvons reproduite dans la thèse de Lesourd¹, qui mettent bien en relief les caractères que nous venons de citer.

¹ Lesourd, *Du diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire* (th. Paris, 1894.)

OBSERVATION (abrégée).

(Laroyenne. *Mémoire de Larrivé*, Lyon, 1880.)

Françoise D.,... de Bourg (Ain), trente-trois ans.

Menstruation toujours régulière. Un seul enfant il y a douze ans. Accouchement normal. Il y a six ans, douleurs dorso-lombaires tellement intenses qu'on lui a appliqué à l'hôpital de Bourg des pointes de feu le long de la colonne vertébrale. Depuis un an, douleurs très vives à l'hypogastre et dans la région lombaire. En même temps constipation très opiniâtre. Aucun trouble de la miction. Marche très pénible s'accompagnant d'une sensation de pesanteur dans le ventre et ne pouvant pas être prolongée au delà d'un quart d'heure.

C'est dans cet état qu'elle faisait successivement un séjour de six mois à l'hôpital de Montpellier, de trois mois à l'Hôtel-Dieu, mais sans obtenir de soulagement appréciable qu'elle recherchait avec persévérance.

A son entrée à la Charité, mêmes douleurs abdominales et lombaires, même difficulté de la marche. Mais on constate alors que la pression superficielle du ventre est très pénible et qu'un léger attouchement à son niveau détermine d'assez vives souffrances bien plus fortes que lorsqu'on soulève en totalité ses parois.

Par le toucher vaginal on constate une rétroversion très marquée et irréductible.

28 juin. — Par la palpation combinée au toucher, on découvre en arrière du pubis et s'étendant un peu à gauche, une tumeur ovoïde, régulière du volume d'une orange moyenne.

18 juillet. — On fait une ponction aspiratrice avec l'appareil de Dieulafoy, on retire un liquide qui par le refroidissement se transforme rapidement en une masse solide ressemblant à du suif et se redissolvant après un court séjour du verre dans l'eau chaude.

Le diagnostic étant tranché, le 8 novembre 1879, on fait l'ovariotomie ; on trouve alors un liquide pareil à celui de la ponction et des poils fins.

25 janvier. — La malade ne ressent presque plus de douleurs, et la marche est plus facile.

L'opération a démontré dans ce cas qu'il n'existait pas trace d'inflammation péritonéale dans les organes pelviens et que ce n'est donc pas à cette cause qu'on peut rapporter les douleurs observées.

OBSERVATION (abrégée).

(Terrier, *Ann. de Gynécologie*, mai 1875. (in th. de Lesourd).

Catherine M..., trente-huit ans. Pas d'antécédents héréditaires. Il y a dix mois, la malade s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur qui faisait saillie dans la fosse iliaque droite. L'apparition de cette tumeur fut accompagnée de douleurs vives qui cessèrent au bout de quelques jours et ne reparurent que quatre mois après. C'est en avril 1874 que les phénomènes douloureux se manifestèrent encore, non plus d'une façon continue, mais toutes les fois que la malade fatiguait plus que de coutume, soit en marchant, soit en portant des fardeaux.

Peu à peu la tumeur devint très douloureuse, si bien que pour éviter des souffrances toujours vives et s'irradiant du côté des reins, la malade était obligée de tenir son ventre en marchant.

Depuis le mois d'avril, la malade a été obligée de cesser tout travail. Malgré ce repos forcé, les phénomènes douloureux paraissent s'exaspérer tous les deux ou trois jours produisant alors du météorisme sans fièvre, sans vomissements, sans constipation trop opiniâtre. La malade se décide à entrer à l'hôpital. Temporaire le 22 septembre 1874.

Son aspect est très satisfaisant, elle se plaint seulement de douleurs vives qu'elle ressent à la moindre fatigue depuis près de six mois.

On se décide à l'opérer et on extrait un kyste dermoïde du volume d'une tête d'adulte.

On pourra nous objecter, peut-être, qu'il n'est pas possible de tirer des conclusions avec un nombre aussi restreint d'observations se rapportant aux douleurs dont nous parlons. Mais M. Laroyenne nous a affirmé avoir toujours été très frappé par la superficialité et la violence des souffrances ressenties par les malades affectées de kystes dermoïdes, et nous croyons que de telles appréciations venant du professeur de la clinique gynécologique de Lyon ont plus de valeur, vu sa grande expérience, que des observations même très détaillées.

Un second signe non moins important que le premier est la lenteur avec laquelle évoluent les productions pileuses de l'ovaire.

Les kystes séreux en général se développent d'une manière rapide, on en a vu qui, dans l'espace de six mois, atteignaient des proportions considérables allant jusqu'à 25 kilogrammes ; d'autre part, l'état général s'altère très vite, et la compression des divers segments du tube digestif jointe à la dyspepsie inhérente à toute affection utéro-ovarienne concourent à amener dans un temps ordinairement peu long l'amaigrissement et la cachexie qui conduisent les malades à un dénouement fatal.

« Quand les tumeurs de l'ovaire, écrit Spencer Wels¹, ont acquis un volume tel que la santé générale en est affectée, la durée probable de la vie réservée à la patiente n'excède certainement pas deux années, et ces deux années sont le plus souvent une suite de maux, parfois même de tortures et de désespoir. »

¹ Spencer Wels, *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, trad. française, 1883.

On a mentionné des femmes, il est vrai, chez lesquelles des kystes séreux avaient mis 10, 30 et même 40 ans à se développer, mais ce n'est pas ce qui se passe ordinairement, et lorsqu'on constate un manque de rapidité pareil dans l'accroissement, c'est presque toujours à un kyste dermoïde que l'on a affaire. C'est dans cette variété, en effet, qu'on voit le néoplasme progresser peu à peu avec une lenteur extrême et souvent rester stationnaire pendant un temps indéfini.

T. P. Franck parle d'une malade qui portait un kyste dermoïde depuis l'âge de treize ans et qui avait quatre-vingt-huit ans.

Spencer Wels cite une jeune fille de dix-huit ans qui s'était aperçue du développement du kyste depuis quatre ans.

Olshausen enfin a observé un dermoïde chez une femme de quarante-huit ans qui portait la tumeur depuis dix-neuf ans.

On a même prétendu qu'à un certain moment les productions pileuses s'arrêtaient complètement dans leur évolution et que l'abdomen ne grossissait que grâce à l'ascite : si cette assertion est vraie parfois, nous ne croyons pas cependant, pour notre part, qu'il faille l'ériger en règle générale.

Jusqu'à présent, nous venons de parler de deux symptômes tout à fait particuliers aux tumeurs qui nous occupent. Mais si nous parcourons les auteurs classiques, nous trouvons que la plupart donnent encore comme signe également pathognomonique des dermoïdes de l'ovaire, le petit volume atteint par ces néoplasmes. Lesourd, entre autres, insiste sur ce fait et il rapporte à l'appui une

observation recueillie dans les leçons de clinique chirurgicale de Péan où il s'agit d'une femme de vingt-huit ans chez laquelle l'opération fit diagnostiquer un kyste dermoïde qui avait mis quatre ans pour arriver au volume d'une pomme d'api.

Nous n'ignorons pas que souvent ces tumeurs ne dépassent pas les dimensions d'une orange ou d'une tête de fœtus ; néanmoins, M. le professeur agrégé Condamin nous a dit avoir vu et opéré à la clinique des maladies des femmes pendant qu'il suppléait M. Laroyenne, un kyste dermoïde de volumineuses proportions, dépassant l'ombilic. Et récemment encore, MM. Laroyenne et Fochier ont pu observer en ville une malade dont la tumeur dénotée dermoïde par une ponction avait bien un volume pouvant correspondre à 2 ou 3 litres de liquide ou de matière sébacée ; la malade en raison de mauvais état général ne put être opérée par la voie abdominale et subit seulement une ponction et un débridement par la voie vaginale. Elle succomba peu de temps après de septicémie chronique.

Péan a extirpé un kyste dermoïde du poids de 5 mille 500 grammes et contenant 20 litres de liquide.

Giraldès, de son côté, cite trois exemples appartenant à Dupuytren, Young et Higmore, de productions dermoïdes dépassant le poids de 4 kilogrammes, et lui-même a opéré deux kystes pileux du poids de 3950 grammes.

Enfin Auvard ⁽¹⁾ écrit dans son *Traité de Gynécologie* : « Les kystes dermoïdes constituent des tumeurs relativement rares. La plupart du temps, elles ne prennent pas

¹ Auvard, *Traité de Gynécologie*, p. 466.

un grand développement, dépassant rarement le volume d'une tête de fœtus ; toutefois, ce volume étant susceptible de devenir supérieur à celui d'une tête d'adulte, nous avons cru devoir les ranger parmi les kystes géants de l'ovaire. »

En résumé, nous pouvons admettre qu'on pose en principe que les tumeurs pileuses de l'ovaire ont un petit volume ; mais hâtons-nous de dire que cette règle générale souffre souvent des exceptions, ainsi que le démontrent les exemples que nous venons de citer.

Nous arrivons maintenant à un signe qui a bien sa valeur : nous voulons parler des renseignements spéciaux donnés par la palpation. Tandis que dans les kystes séreux on peut, en employant les moyens d'usage, obtenir un choc en retour des plus caractéristiques, une sensation de flot net et rapide pour les tumeurs uniloculaires à contenu peu visqueux, ou plus irrégulier dans son mode de production pour celles qui sont multiloculaires, bien différents sont les phénomènes qu'on constate dans les productions dermoïdes dans la majorité des cas.

En effet « on rencontre assez souvent, dit Spencer Wels¹, sur des tumeurs volumineuses des parties fluctuantes, tandis que d'autres parties sont solides ; cependant une dureté générale, une forme irrégulière donnant à la palpation la sensation de nodules cartilagineux ou osseux sont des signes presque certains de la nature dermoïde d'une tumeur, surtout quand on les constate chez une femme jeune et blonde. »

Pommiers, dans sa thèse, insiste également sur ce fait :

¹ Spencer Wels, *loc. cit.*, p. 82.

selon lui, le kyste dermoïde est au début ordinairement dur et mobile, on n'y trouve rien de cette élasticité qui caractérise le kyste séreux.

C'est en mettant à profit ce symptôme précieux que Giraldès arriva à diagnostiquer deux kystes pileux, ainsi qu'il appert de deux observations que nous trouvons dans ses cliniques ¹, nous reproduisons ici la plus intéressante :

OBSERVATION

(Giraldès. *Leçons cliniques sur les maladies chir. des enfants*).

Marie O..., âgée de dix-sept ans, est entrée à l'hôpital le 30 janvier 1867. Elle porte une tumeur abdominale d'un volume considérable pour laquelle elle réclame une opération. Cette tumeur a fixé l'attention des parents de la malade il y a une dizaine d'années. On amena celle-ci dès cette époque à l'hôpital des enfants et M. Guersant alors chirurgien de cet établissement diagnostiqua un kyste dermoïde. Une intervention active ayant été jugée inopportune, l'enfant fut rendue à sa famille. Elle rentra au bout de quelques années. M. Giraldès confirma le diagnostic, et, comme la tumeur encore peu développée n'occasionnait pas d'accidents, il remit l'opération à une date plus éloignée, si elle devenait indispensable.

Or depuis trois ans, la tumeur a pris des proportions inquiétantes elle a plus que doublé de grosseur. Elle occupe la plus grande partie de la cavité abdominale, depuis l'arcade crurale et le pubis jusqu'aux fausses côtes gauches. Le ventre a un aspect irrégulier; les veines sous-cutanées à gauche, sont légèrement dilatées. Quant à la tumeur elle-même, elle est facilement délimitable. Elle figure un espèce de haricot, ou mieux de gourde, obliquement disposée

¹ Giraldès, *Leçons cliniques sur les maladies chirur. des enfants*, Paris, 1869, p. 307.

de bas en haut et de droite à gauche, c'est-à-dire qu'elle se compose de deux renflements; l'un plus volumineux remplit le bassin, l'autre plus petit s'étend jusque dans l'hypocondre gauche.

La tumeur est mobile en totalité; on peut la déplacer de telle sorte qu'il est possible de faire passer le segment supérieur de l'hypocondre gauche dans l'hypocondre droit. La masse entière décrit alors autour de l'ombilic comme centre, un quart de cercle. Par suite il est probable qu'il n'y a pas de nombreuses adhérences. La percussion fournit une matité complète dans tous les points correspondant à la tumeur. Le palper montre qu'elle n'est pas homogène. On sent à la base, des aspérités, des corps durs simulant des apophyses osseuses; d'un autre côté, la fluctuation constatée en d'autres endroits ne laisse aucun doute sur l'existence du liquide, mais cette fluctuation a quelque chose de particulier; la sensation de flot, au lieu d'être transmise à l'extrémité opposée à celle où s'exerce le choc, comme dans les collections tout à fait liquides, reste circonscrite.

Les inconvénients dus à l'existence de cette masse dans l'abdomen, son accroissement constant pouvant amener des accidents, on décide l'intervention.

Le 2 février, une ponction exploratrice donne issue à quelques gouttes d'un liquide épais, sirupeux, grisâtre. On découvre au microscope la présence de graisse.

Le 16 février, on procède alors à une opération radicale.

A l'examen de la tumeur, on constate qu'elle est constituée par l'ovaire et que son contenu est à la fois liquide et solide. La masse solide caséuse, de nature sébacée renferme une énorme quantité de cheveux très longs, enchevêtrés les uns blonds, les autres d'une nuance plus foncée. En outre, une plaque osseuse à contours indéterminés, ressemblant vaguement à un segment de thorax d'un fœtus est incluse dans la paroi du kyste.

Comment devons-nous apprécier maintenant le signe dont parle Pozzi¹, d'après lequel on a la possibilité de

¹ Pozzi, *Gynécologie*, 1892,, p. 769.

faire des impressions dans la tumeur remplie de matière graisseuse, ou même de percevoir le froissement des cheveux qui y sont contenus ?

A vrai dire, nous sommes obligé d'avouer que nous ne comprenons pas comment le doigt peut impressionner le kyste, car son contenu est composé de matière grasse, mais cette graisse ne devient solide et par conséquent ne peut admettre à sa surface des dépressions durables que lorsqu'elle est en communication avec l'air extérieur, vu qu'étant dans l'abdomen, elle est à la température du corps et par cela-même à l'état liquide.

Plus vraisemblable nous paraît la sensation de froissement donnée par les poils, et cependant ce phénomène ne peut être applicable au diagnostic de la nature d'un kyste que lorsque ce dernier est mobile ; nous savons en effet que les adhérences, surtout lorsqu'elles sont un peu longues, donnent à la main une impression de froissement, de craquement qui peut être confondue non seulement avec celle donnée par des cheveux, mais encore avec le frottement produit par de la lymphe ou la présence de l'épiploon en avant du kyste. Nous ferons la même objection au signe dit : *cri de neige*, bruit spécial que les doigts perçoivent mieux que l'oreille, et qui, pour Olshausen, serait dû au déplacement des matières colloïdes du kyste.

Enfin Auvard, dans son *Traité de Gynécologie*, nous donne une liste assez longue résumant à peu près les caractères différentiels entre les productions dermoïdes et les autres kystes de l'ovaire. Nous ne croyons pas sans intérêt de la reproduire ici :

Diagnostic différentiel entre les kystes du parovarium de l'ovaire et les kystes dermoïdes.

KYSTE DU PAROVARIVM	KYSTE DE L'OVAIRE	KYSTE DERMOÏDE
Rare, développement lent, toujours uniloculaire.	Fréquent, développement plus rapide multiloculaire.	Développement très lent.
De préférence chez femme jeune.	A tout âge.	Tumeur congénitale.
Santé générale peu atteinte.	Plus atteinte.	Atteinte tardivement.
Veines abdominales peu développées.	Veines abdominales plus développées.	V. abd. peu développées à moins de grand volume.
Fluctuation nette.	Fluctuation vague.	Pas de fluctuation.
Liquide ne contenant pas d'albumine, limpide, faible densité, 1005.	Liquide épais, contenant beaucoup d'albumine, densité 1015 ou davantage.	Liquide lactescent, non albumineux, en partie soluble dans l'éther, présence de cheveux, dents, fragments d'os et de cartilage.
Utérus abaissé.	Utérus le plus souvent repoussé en arrière.	Utérus repoussé en arrière ou latéralement.
Au toucher, fluctuation nette.	Fluctuation vague.	Pas de fluctuation.
Se reproduit rarement ou lentement après ponction.	Se reproduit après ponction.	Se reproduit après ponction.
Très rarement fatal.	Presque toujours fatal quand pas d'intervention.	Rarement fatal.
Ventre uni, symétrique, quand kyste devient volumineux.	Ventre plus inégal et asymétrique avec même volume.	Ventre asymétrique.
Aménorrhée tardive.	Aménorrhée plus précoce.	Aménorrhée tardive.
Pédicule large ou nul.	Pédicule est le même.	Pédicule variable.
Adhérences assez rares.	Adhérences fréquentes.	Adhérences assez fréquentes.
Développement peut être considérable.	Développement de même.	Développement d'habitude faible, exceptionnellement prononcé.

Mais maintenant que nous avons passé en revue ces différents symptômes, nous devons nous demander si, avec leur aide, on peut arriver à diagnostiquer la nature dermoïde d'une tumeur de l'ovaire.

Sans doute, ce sera possible, dans certains cas; hâtons-nous de dire cependant que pas un de ces signes pris isolément n'est réellement pathognomonique, et que c'est par leur réunion seulement qu'on arrivera à une quasi-certitude.

Un seul moyen permettrait au chirurgien de s'éclairer sûrement : nous voulons parler de la ponction exploratrice. « Les kystes dermoïdes, disent MM. Lannelongue et Achard¹, reproduisent toute la série des accidents auxquels peuvent donner lieu les kystes ordinaires de cet organe, et il n'existe pas de signe qui permette de reconnaître avec certitude ce genre de tumeurs, dans certains cas seulement l'examen du contenu obtenu par ponction permet d'établir le diagnostic. »

Kœberlé² est absolument du même avis.

Segond³ dans l'*Encyclopédie de chirurgie* se rallie à l'opinion de Terrier qui conseille la ponction dans tous les cas où elle peut être de quelque utilité, soit pour soulager les malades, soit pour assurer le diagnostic.

Duplay enfin considère que c'est une faute grave de s'en abstenir.

Sur ce sujet cependant, les opinions sont partagées, et

¹ Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*, 1886.

² Kœberlé, *Dictionnaire de médecine*.

³ Segond, *Encyclopédie de chirurgie*, t. VIII, p. 669.

tous les auteurs n'admettent pas cette façon d'agir. Mais la regarder comme un crime à l'instar de Stilling ou plus périlleuse qu'une incision exploratrice, comme Lawson Tait, serait certainement pousser les choses à l'extrême. Néanmoins nous croyons, pour notre part, que cette manœuvre, sur laquelle nous reviendrons d'ailleurs au chapitre du traitement, n'est pas sans présenter de graves inconvénients surtout lorsqu'il s'agit de kystes dermoïdes, vu la facilité avec laquelle leur contenu subit l'influence des moindres causes d'inflammation, et nous sommes absolument de l'avis de Lawson Tait¹, lorsqu'il dit « je me méfie de plus en plus de la ponction de quelque espèce qu'elle soit ; j'ai donc presque entièrement cessé dans ma pratique de la faire dans le but d'arriver au diagnostic et je ne l'emploie plus aujourd'hui que pour soulager la malade dans les cas où l'enlèvement de la tumeur est impossible ».

En résumé, la symptomatologie des kystes dermoïdes de l'ovaire est souvent difficile à observer et le chirurgien devra user de toute sa sagacité pour arriver à en faire le diagnostic différentiel d'avec les kystes ordinaires, lorsqu'ils sont très gros et à évolution abdominale ; mais surtout d'avec les annexites et les paramétrites qu'ils peuvent parfaitement simuler, lorsqu'ils sont à évolution pelvienne. Et pour ce faire avec justesse, il lui faudra concentrer toute son attention sur les caractères de la douleur, la lenteur de l'évolution, les renseignements spéciaux fournis par la palpation de l'abdomen et quelquefois le petit volume, syndrome qui peut seul donner de la sûreté à l'opinion, dans la majorité des cas.

¹ Lawson Tait, *Traité des maladies des ovaires*, trad. franç. 1886.

CHAPITRE III

Du traitement des kystes dermoïdes de l'ovaire.

Le kyste dermoïde, une fois diagnostiqué, le devoir du chirurgien est d'user de toute son autorité pour persuader à la malade l'utilité d'une intervention rapide, à cause des complications pouvant survenir.

Le seul procédé auquel on doive recourir aujourd'hui pour arriver à une solution favorable, sauf des cas bien particuliers sur lesquels nous reviendrons, est l'ovariotomie.

Cette assertion semble banale maintenant, cependant Duplay écrivait en 1879 « Je repousse formellement l'opération précoce et je considère que l'ovariotomie est seulement indiquée lorsque le kyste est devenu par son volume un motif de gêne excessive pour les malades, ou, par les accidents locaux et généraux qu'il détermine, une cause imminente de dangers pour la vie. »

Mais depuis lors, les succès croissants de cette opération ont complètement modifié cette manière de voir, et Laroyenne au dernier Congrès de chirurgie de Lyon a émis un avis absolument contraire « J'ai toujours, dit-il, et de plus en plus considéré tous les kystes de l'ovaire comme opérables. » Pour lui, il n'existe qu'une contre-indication, c'est la certitude de la mort durant l'intervention.

On pourra pratiquer l'ablation de l'ovaire de deux façons, soit par la voie abdominale, soit par la voie vaginale, cette dernière pouvant être accompagnée de l'hystérectomie.

Nous ne décrirons pas ici le manuel opératoire de la méthode abdominale avec ses trois temps : l'incision de la paroi sur la ligne médiane, l'extraction du kyste, le traitement du pédicule ; car la conduite à tenir pour les dermoïdes est absolument la même que pour les kystes séreux et on la trouvera exposée longuement dans tous les traités classiques. Nous nous contenterons de recommander ce procédé comme méthode de choix, toutes les fois qu'il sera possible, c'est-à-dire toutes les fois que le kyste se sera développé du côté de l'abdomen.

Mais si le plus souvent les productions dermoïdes se produisent vers la cavité abdominale, il est des cas où elles restent confinées dans l'excavation : C'est dans ces circonstances, et alors que la tumeur est petite, voire même de volume moyen et très accessible dans l'un des culs-de-sac qu'on peut, ainsi que le dit Segond ¹, avoir certains avantages à pratiquer l'ovariotomie par la méthode vaginale que nous allons exposer maintenant.

¹ Segond, *Encyclopédie de chirurgie*, t. VIII, p. 670.

Cette opération dont les règles furent établies pour la première fois d'une façon précise par Gaillard Thomas, comporte trois indications :

La petitesse du kyste ;

Sa mobilité ;

Sa prédominance dans le cul-de sac de Douglas.

Et d'abord nous excluons les tumeurs de volumineuses dimensions, exclusion qui semble inutile dans les cas qui nous occupent, puisque nous avons posé en règle générale que les kystes dermoïdes n'atteignaient ordinairement que de faibles proportions ; mais nous avons démontré d'autre part en citant des exemples que certaines productions pileuses peuvent être considérables.

Non moins importante est la mobilité du néoplasme pour la réussite de l'opération. Le chirurgien doit, en effet, la constater chaque fois, car c'est cette constatation seule qui le rassurera contre le danger de trouver des adhérences résistantes et étendues qu'il serait alors très difficile de libérer par une incision vaginale.

Enfin il est évident que, si le kyste n'est pas accessible par le toucher, que si on ne le sent pas nettement plonger dans le bassin au niveau du cul-de-sac supérieur, il serait difficile d'aller à sa recherche par la méthode vaginale, ou alors, si l'on voulait absolument conserver cette façon d'agir, il faudrait s'aider de l'hystérectomie sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Mais lorsque ces indications sont nettes, ce qui n'est cependant pas la règle ; l'intervention qu'on est appelé à pratiquer le plus souvent et qu'on doit préférer quand elle est possible, étant, nous le répétons, l'ovariotomie abdominale ; la voie vaginale est susceptible de donner de

bons résultats. Ils seront d'autant meilleurs qu'on aura affaire à des kystes dermoïdes suppurés, car la situation déclive de la plaie se prête ici d'une façon remarquable au drainage et à l'écoulement en dehors de la cavité péritonéale des liquides septiques.

Le manuel opératoire de l'ablation des annexes par le vagin, est, du reste, d'une simplicité assez grande. Il est résumé d'une façon très précise dans la thèse de Bonnecaze ¹, et nous ne pourrions mieux faire que de le transcrire ici. — Voici ce que nous dit cet auteur : « On saisit le col de l'utérus avec une pince de Museux, la femme étant placée dans la position de la taille, des écarteurs dilatant le vagin. Le canal vaginal est, par l'ensemble de ces deux manœuvres, réduit à ses dimensions minima. Puis saisissant le bistouri, on fend le cul-de-sac postérieur dans toute son étendue, d'une incision en croissant à concavité tournée en avant.

« Le péritoine ouvert et incisé, chacune des lèvres de l'incision péritonéale est suturée à la lèvre correspondante de l'incision vaginale par un ou deux points. Ceci fait, on retire pincé et écarteurs, l'utérus reprend sa place, on introduit alors dans la plaie opératoire un ou deux doigts, la main même presque tout entière si cela est nécessaire et on atteint facilement la masse salpingo-ovarienne. Il est bon de s'aider pendant cette recherche du palper abdominal. Une pression douce exercée par un aide dans la région hypogastrique abaisse les organes pelviens et rend la préhension des ovaires plus aisée.

« L'organe entièrement libéré, on l'attire dans le vagin,

¹ Bonnecaze, th. de doct., Paris, 1889, n° 283.

on place sur le pédicule une pince à pression continue qui l'empêche de remonter dans la cavité abdominale. La ligature du pédicule se fait avec le nœud de Lawson Tait.

« L'incision vaginale reste ouverte, sans suture, on insinue entre les lèvres de l'incision une bandelette de gaze iodofomée à laquelle on en ajoute d'autres jusqu'à ce que le canal vaginal soit tamponné dans toute son étendue. »

Nous rapportons à ce propos un cas récent de kyste dermoïde de l'ovaire qui s'est produit à l'hôpital de la Croix-Rousse et que M. Jaboulay a extrait par la voie vaginale. Le résultat immédiat a été excellent. En voici l'observation :

OBSERVATION

(Jaboulay, *Province médicale*, juin 1895.)

Marie C..., dix-neuf ans, dévideuse, demeurant à Lyon, entrée le 10 juin 1895, salle Sainte-Catherine, n° 7.

Père et mère morts il y a quinze ans, de tuberculose pulmonaire; une sœur actuellement tuberculeuse; une autre bien portante. La malade n'a pas eu d'autres frères ni sœurs.

Elle n'a jamais joui d'une bonne santé; dès le jeune âge, elle fut sujette à s'enrhumer facilement; à l'âge de sept ans elle eut la scarlatine, et, consécutivement, une adénite suppurée du cou qui fut opérée. A l'âge de quatorze ans elle eut des pertes blanches peu abondantes d'ailleurs; un an après, elle vit survenir ses règles qui, dès lors, ne furent jamais régulières, retardant souvent d'un mois, de deux mois parfois.

Il y a sept mois, la malade non mariée, accoucha à la clinique de la Charité; deux mois auparavant, elle s'était déjà fait examiner par M. Fochier qui constata une tumeur péri-utérine et fut sur le point de provoquer l'accouchement à sept mois. Ses cou-

ches furent difficiles ; il y eut procidence d'un membre supérieur que l'on réduisit, puis l'on fit une application de forceps au détroit supérieur ; l'enfant fut extrait au bout de trois-quarts d'heure ; le périnée sauta, la délivrance fut normale.

Depuis son accouchement les pertes blanches augmentèrent de fréquence et d'abondance, sans être jamais fétides ; exceptionnellement elle a des pertes rouges, en dehors de ses époques menstruelles, assez irrégulières d'ailleurs ; le volume de la tumeur se mit à s'accroître, si bien que la malade la percevait au-dessus du pubis à travers la paroi abdominale.

Actuellement la malade est pâle, anémique ; elle accuse des douleurs très vives dans le bas ventre, dans la région utérine et péri-utérine ; elle se plaint de pertes blanches quotidiennes abondantes, sans pertes rouges, de douleurs intenses lors de la défécation, ténésme et de faux besoins fréquents, pas de douleur à la miction.

Les digestions sont toujours très pénibles, elle vomit parfois et souffre de son estomac ; céphalées fréquentes, tremblement accentué des mains ; la malade est très nerveuse elle tousse assez souvent, et a, dit-elle, quelques hémoptysies légères.

A l'examen de la région, la simple inspection ne révèle rien d'anormal ; la palpation superficielle provoque de la douleur dans la région utérine et péritonienne, douleur plus accentuée sur la ligne médiane ; la palpation profonde révèle l'existence d'une tumeur peu volumineuse située exactement sur la ligne médiane dans l'excavation ; elle est régulièrement lisse et de consistance assez molle. Pas de matité à la percussion. Le toucher immédiatement pratiqué donne des renseignements précieux ; le col utérin est très décliné ; dans le cul-de-sac postérieur on perçoit immédiatement une tuméfaction assez volumineuse fortement saillante dans le vagin ; elle n'empiète pas sur les culs-de-sacs latéraux ; le cul-de-sac antérieur est absolument normal. La tuméfaction, un peu douloureuse au toucher est lisse, de consistance uniforme, plutôt molle que dure, paraissant kystique ; la température locale n'est pas plus élevée à ce niveau ; la tumeur paraît indépendante de l'utérus.

Le toucher et le palper combinés confirment absolument les renseignements précédents et permettent de comparer le volume de la tumeur à celui d'un poing. En somme donc, nous nous trouvons en présence d'une tumeur molle, lisse, occupant exclusivement et comblant le cul-de-sac postérieur.

Etant donnée une pareille affection, on décide une intervention par la voie vaginale.

11 juin 1895. — Anesthésie à l'éther. M. Jaboulay sectionne au ciseau la muqueuse vaginale au niveau du cul-de-sac postérieur, puis le péritoine; il s'écoule alors quelques gouttelettes de liquide blanchâtre, huileux, épais, ressemblant à de la matière sébacée. M. Jaboulay élargit l'orifice avec les doigts, il s'écoule alors un flot de matières analogues; le doigt entre alors dans une cavité du volume d'une grosse orange et retire une touffe de poils assez longue pour faire issue en dehors de l'orifice vulvaire; il s'agit donc d'un kyste dermoïde de l'ovaire que M. Jaboulay tire hors du vagin ainsi que la trompe du même côté; il met deux pinces de Richelot sur le pédicule qu'il sectionne et laisse les pinces à demeure sous pansement.

25 juin. — Nous venons de voir la malade, l'état général est très satisfaisant. On a enlevé les pinces quarante-huit heures après l'opération, et depuis huit jours le pansement a été supprimé. La plaie se draine naturellement et l'opérée ne se plaint que de quelques pertes blanches très légères.

Nous arrivons alors à une opération que Segond vient d'étudier tout particulièrement au Congrès de chirurgie de Lyon de 1894; nous voulons parler de l'ovariotomie vaginale avec hystérectomie.

Pour cet auteur c'est une méthode qui rentre dans le rang des opérations parfaites lorsqu'on a affaire à des tumeurs annexielles mobiles ou non, kystiques ou solides, mais nettement bilatérales et ne dépassant point par leurs limites supérieures le niveau de l'ombilic.

Cette opération peut-elle s'appliquer quelquefois aux cas spéciaux qui nous occupent ? Nous répondrons par l'affirmative, puisque d'ailleurs Segond lui-même a présenté, dans sa communication au Congrès, deux observations de kystes dermoïdes enlevés par la méthode qu'il préconise, et que nous reproduisons ici.

OBSERVATION

(Obs. V de la communication de Segond.)

M^{me} B..., vingt-sept ans, sans profession, entre à la clinique Baudelocque, service du professeur Pinard, le 28 mars 1894.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires sont bons, a été réglée à quinze ans. Elle a eu une grossesse normale en 1886 et c'est brusquement, en avril 1890, entre deux périodes menstruelles qu'elle fut prise d'une violente douleur dans la fosse iliaque gauche : cette crise douloureuse apyrétique dura vingt-quatre heures.

Depuis lors les annexes gauches sont très douloureuses. De mai à novembre 1891, les règles se suppriment et il apparaît une leucorrhée assez abondante.

En novembre 1891, deuxième crise douloureuse qui dure quarante-huit heures. Depuis, la menstruation reste irrégulière. La malade souffre constamment au niveau des annexes, surtout à gauche, avec irradiations douloureuses vers les reins et les cuisses. Elle est devenue dyspeptique ; la constipation est opiniâtre et le besoin d'uriner très fréquent. L'état général est resté bon ; le cœur et les poumons sont sains. Urines normales.

Les annexes droites prolabées derrière l'utérus forment une masse du volume du poing ; les annexes gauches atteignent les dimensions d'une mandarine ; des deux côtés, le palper bimanuel réveille une vive douleur.

On diagnostique un pyosalpinx double.

Hystérectomie vaginale, le 4 avril 1894. — Après curetage

de la cavité utérine, on commença l'hystérectomie. Ablation du col. Bascule en avant du corps après hémisection antérieure. L'utérus est enlevé en même temps que les annexes gauches (ovaire doublé de volume, trompe grosse comme l'index, parenchymateuse) ; le kyste ovarien droit apparaît au fond du vagin ; on l'immobilise avec une pince à mors plats et on l'ouvre d'un coup de bistouri : il s'en écoule un liquide huileux, un paquet de cheveux et un fragment de maxillaire sur lequel sont implantés plusieurs dents dont une canine. Ablation complète des annexes droites. La trompe de ce côté est peu altérée.

Sept pinces à demeure. Trois lanières de gaze iodoformée comme pansement. Durée de l'opération, vingt-sept minutes.

Suites opératoires parfaites, ablation des pinces et des lanières au bout de quarante-huit heures. La malade part complètement guérie le 28 avril 1894 en promettant de revenir au moindre trouble de sa santé.

OBSERVATION

(Obs. VI de la communication de Segond; — 154 de la thèse de Baudron.)

Mlle R..., âgée de quarante ans, entre le 21 juillet 1893 dans le service de M. Segond.

Antécédents. — Les règles ont commencé à quatorze ans, revenant régulièrement tous les mois, très peu douloureuses, durant en moyenne de trois à quatre jours. Pas de pertes blanches. Ni enfants, ni fausse-couche. La malade a commencé à souffrir il y a à peu près dix ans, vers l'âge de trente ans, les douleurs se faisaient sentir principalement dans la région lombaire, à un degré moindre dans l'abdomen. Ses règles continuaient d'ailleurs à être régulières et elle ne commença à ressentir une gêne considérable qu'en 1892. A cette époque elle eut une crise si violente qu'elle fut obligée de garder le lit pendant quinze jours. Les douleurs étaient abdominales. Après cette crise, la santé resta satisfaisante jusqu'à janvier dernier. A ce moment, nouvelle crise moins violente

que la première, mais ayant nécessité le séjour au lit pendant une semaine. Depuis quelque temps, la malade perd abondamment en blanc. En outre, depuis environ six semaines, les douleurs sont continuelles et assez vives.

Examen. — Le volume de l'abdomen n'est pas augmenté : au toucher, on sent une tumeur du volume d'une très grosse orange qui refoule l'utérus à droite et en arrière. A droite, les annexes ont le volume d'une mandarine.

Diagnostic. — Kyste des deux ovaires.

Hystérectomie vaginale, le 27 juillet 1893. Curetage préalable. Ablation de l'utérus par le procédé habituel. Après cette hystérectomie préliminaire, on arrive sur la poche qui est développée aux dépens de l'ovaire gauche. La poche est crevée et il s'en écoule environ un verre et demi de matière sébacée, épaisse, gluante et jaunâtre. Une fois vidée, la poche est décortiquée et enlevée. Chemin faisant, on résèque un lambeau d'épiploon adhérent. Les annexes droites sont enlevées en dernier lieu. La trompe, du volume du pouce, est atteinte de salpingite hypertrophique parenchymateuse. L'ovaire est kystique.

Durée : 45 minutes, 6 pinces.

Suites opératoires. — Aucune réaction du poulx ni de la température. Ablation des pinces au bout de quarante-huit heures. Pas d'incidents de convalescence. La malade part guérie le 26 août 1893.

Malade revue en février 1894. Etat local parfait et santé générale excellente.

Ces deux observations nous montrent, nous le reconnaissons des résultats très satisfaisants ; néanmoins quoique nous soyons d'avis qu'il puisse y avoir des indications précises à l'opération de Segond, nous ne croyons pas que dans la majorité des cas elle soit apte à servir pour les productions pileuses de l'ovaire.

En effet, voyons les avantages réclamés par Segond en

faveur de son intervention. Le premier est l'élargissement de l'ouverture permettant d'atteindre plus facilement les annexes. « L'utérus restant en place, nous dit-il, la brèche d'accès est forcément restreinte, on est gêné dans les manœuvres, le moindre accident opératoire, tel que la rupture d'une poche à contenu septique nous laisse sans défense, et pour peu que le kyste soit un peu gros ou le cas difficile, on se trouve en définitive dans des conditions très défavorables. »

Mais la brèche d'accès est-elle forcément restreinte ? Gouilloud dans plusieurs de ses publications a bien montré que l'incision transversale du cul-de-sac postérieur pouvait être portée jusqu'à 8 centimètres : avec une incision ou un débridement de 6 centimètres seulement, il est facile d'introduire deux doigts au moins, et de travailler en s'aidant de l'autre main qui vient à travers la paroi abdominale présenter les organes un peu élevés aux doigts qui travaillent au décollement, ou encore de s'aider d'une pince à mors fenêtrés pour exercer des tractions et faciliter la libération des brides périannexielles. D'autre part, M. Condamin nous a affirmé, pour avoir pratiqué souvent la recherche et la libération des annexes par une large brèche rétro-utérine, que non seulement cette opération est possible sans danger, mais encore relativement facile, et si l'on sait se donner tout le jour possible au fond du carrefour vaginal, on pourra parfaitement se passer de l'hystérectomie.

« La rupture d'une poche à contenu septique, dit encore Segond, nous laisse sans défense, et la présence de l'utérus, en gênant les manœuvres, en permettant au pus de s'épancher dans le péritoine, en obstruant ensuite les voies

de drainage, peut avoir des conséquences graves. » Oui s'il s'agit de ces suppurations générales, qui créent autour de l'utérus une véritable éponge suppurante; non s'il s'agit d'un simple kyste dermoïde suppuré et même si la poche purulente crève et se répand dans le péritoine pelvien, car par la brèche rétro-utérine on peut parfaitement drainer; et pour ce faire il est un très bon procédé qui est celui de l'éponge de Laroyenne.

En effet, l'éponge à cheval sur la brèche vaginale, distend cette dernière au point que le cul-de-sac de Douglas est la continuation directe du vagin, avec des dimensions analogues; d'autre part cette même éponge imbibée de pétro-vaseline iodoformée draine parfaitement pendant les deux premiers jours. Passé ce délai, elle agit encore en s'imbibant des liquides sécrétés au niveau de la plaie, et vienne la température à s'élever, ce qui indiquerait de la rétention, son ablation laisse une cavité telle qu'1 mètre de gaze iodoformée, au moins aussi volumineuse que celle qui pourrait être introduite après une hystérectomie, est susceptible d'y pénétrer.

En résumé, nous sommes d'avis que, toutes les fois qu'on le pourra, on aura recours à l'ovariotomie abdominale, dans certains cas seulement à l'ovariotomie vaginale et jamais à l'hystérectomie, sauf lorsqu'il existe des indications tout à fait exceptionnelles; car, lorsque le kyste plonge bien dans le cul-de-sac postérieur, l'hystérectomie est inutile; quand il est au dessus, cette dernière manœuvre doit seule permettre son ablation; mais alors mieux vaut employer la voie abdominale aussi sûre pour ne pas dire plus, et aussi rapide que l'hystérectomie vaginale.

Comment devons-nous apprécier maintenant un mode de traitement délaissé actuellement, et cependant très employé avant les progrès de l'ovariotomie ? Nous voulons citer la ponction.

Nous l'avons déjà rejetée comme moyen devant servir au diagnostic, et nous sommes obligé de dire que, comme moyen devant servir au traitement, c'est un procédé fort incomplet d'abord, et qui, surtout lorsqu'on le met en pratique par la voie vaginale, fait courir à la malade les plus grands risques. Car, outre les accidents qui, à la suite de cette manœuvre, peuvent survenir dans les kystes dermoïdes aussi bien que dans les kystes ordinaires, comme la blessure d'un sinus veineux, ainsi que Lawson Tait en rapporte un remarquable exemple ¹ ; on peut voir se déclarer des complications péritonitiques graves, étant donnée la nature des productions pileuses dont le contenu est susceptible plus que tout autre d'infection et de suppuration conduisant à la septicémie ordinairement fatale.

« Ponctionner un kyste, sans nécessité absolue, dit Pozzi, et alors qu'il est possible de l'extirper, est toujours une mauvaise pratique. »

« La ponction faite par le vagin, dit Spencer Wels ², s'accompagne plus souvent de l'inflammation du kyste que lorsqu'elle est pratiquée par la paroi abdominale, parce qu'il est plus difficile d'empêcher la pénétration de l'air. On essaiera d'éviter cet accident en surveillant le niveau de la canule, mais on ne réussira pas toujours. On a recours à la ponction par le vagin non pas tant pour vider

¹ Lawson Tait, *loc. cit.*, p. 204.

² Sp. Wels, *loc. cit.*, p. 181.

simplement le kyste, que parce que, le liquide s'échappant par l'orifice de ponction aussitôt qu'il est sécrété, le kyste peut se rétracter graduellement et l'orifice se fermer. Toutefois il est rare d'obtenir un résultat aussi favorable. Ce qui arrive le plus souvent, c'est que l'air entre dans le kyste, l'ouverture se ferme et le liquide restant, ou celui qui est sécrété, se putréfie.

« Puis survient l'inflammation suppurative de la membrane d'enveloppe, accompagnée de fièvre septique ou de pyohémie, que l'on ne peut combattre qu'en assurant le libre écoulement du pus. Ces résultats sont tellement fréquents, qu'on ne doit considérer la ponction par le vagin que comme un procédé exceptionnel. »

Nous avons déjà donné d'autre part, à propos de la ponction exploratrice, l'avis de Lawson Tait à son égard.

Nous posons donc en principe que cette opération doit être rayée de la thérapeutique des kystes dermoïdes, tout au moins comme traitement curatif.

Mais il n'est pas de règle sans exceptions, et si la ponction présente de nombreux inconvénients, elle peut cependant, dans des cas d'absolue nécessité rendre quelques services au chirurgien. Elle est alors purement palliative, et c'est lorsqu'on est en présence d'une tumeur inopérable ou en obstétrique qu'on est appelé à la mettre en pratique.

En effet, lorsqu'un kyste coïncide avec la grossesse, surtout s'il est d'un certain volume, la situation devient périlleuse pour la femme, car pareille tumeur peut s'opposer au passage du fœtus. Que faire dans de telles circonstances, alors que les indications sont pressantes? Avant tout il faut essayer de lever l'obstacle par le refoulement, mais souvent cette manœuvre échoue, et c'est alors qu'on est

autorisé à pratiquer la ponction pour permettre au travail de s'effectuer, quitte après à faire une opération plus complète.

Nous rapportons à ce propos l'observation fort intéressante d'un cas qui s'est produit dans le service de M. Fochier : Il s'agit d'un kyste dermoïde développé dans l'excavation pelvienne, ponctionné d'abord pendant l'accouchement à cause des difficultés insurmontables que le fœtus rencontrait à son dégagement, opéré ensuite par l'ovariotomie abdominale.

OBSERVATION

(Fochier, Clinique d'accouchements.)

Louise A..., femme A..., trente-cinq ans, ménagère, née à Saint-Jean-de-Maurienne, demeurant à Vernaison, entrée à la Charité le 19 mars 1895. Rien à relever dans les antécédents pathologiques. Menstruation régulière. Au moment des règles, crampes d'estomac et constipation. Première grossesse à trente-cinq ans, après un an de mariage.

Pendant les deux derniers mois, douleurs dans le flanc droit. Quinze jours avant l'accouchement, fourmillements dans le membre inférieur droit, se produisant au repos, disparaissant par la marche.

Au moment de l'accouchement, qui eut lieu le 13 septembre 1894 la dilatation du col se fait mal; on constate alors l'existence d'une tumeur siégeant à droite dans l'excavation et empêchant la partie fœtale de presser régulièrement sur le segment inférieur.

Quinze heures après le début des douleurs, la tête étant en O.I.G.T. et en position intermédiaire, et le col restant dilaté à 6 ou 7 centimètres, M. Fochier, constatant un ralentissement des bruits du cœur du fœtus, se décide à intervenir.

Après une tentative infructueuse de refoulement de la tumeur

avec deux doigts introduits dans le rectum, il applique le forceps obliquement par rapport à la tête et au bassin; tractions sur les lacs par un aide, la tête ne descend pas.

Ponction de la tumeur avec un trocart qu'on maintient chaud avec des linges imprégnés d'eau à 50 degrés. Issue de matière sébacée.

Après évacuation du contenu; on atteint par le forceps la tête qui se dégage après avoir produit une déchirure du périnée.

Un mois après son accouchement, la malade, qui allait très bien, vit une tumeur se produire dans la fosse iliaque droite.

A l'entrée, la tumeur présente le volume du poing. Elle paraît avoir une forme lenticulaire, elle est immobilisée dans la fosse iliaque. Au toucher on ne la sent pas plonger dans le bassin.

On décide alors l'opération qui a lieu le 25 mars 1895.

Anesthésie à l'éther.

Incision parallèle à l'arcade crurale, de la peau d'abord, des muscles ensuite.

En essayant de décoller le péritoine, on ouvre une poche ne communiquant pas avec la grande cavité péritonéale, contenant de la matière sébacée mêlée de liquide inflammatoire et de longs cheveux roulés en peloton. La surface interne porte en un point quelques cheveux implantés; en un autre point, elle est rouge et dénudée et porte les traces d'une inflammation ancienne.

Le contenu évacué, on énuclée, en suivant un plan de clivage naturel, la poche du kyste qui est extirpée en entier. Elle a environ le volume du poing.

La trompe droite accolée au kyste est extirpée après ligature de son pédicule.

Après l'ablation du kyste, on trouve une petite poche contenant une minime quantité de pus, enkystée et devenue très épaisse par résorption du sérum.

La poche est finalement bourrée de gaze iodoformée dont une portion sort à l'extrémité inférieure de la plaie.

La partie supérieure de l'incision est réunie par deux plans de suture, un profond en surjet et un superficiel au fil métallique.

Cette observation met en relief une particularité très instructive indiquée par M. Fochier : nous voulons parler de la précaution qu'on doit prendre de chauffer le trocart avant de ponctionner un kyste dermoïde. Sans ce soin préliminaire, en effet, il arrive le plus souvent que la matière graisseuse qui est renfermée à l'état liquide dans la poche, rencontrant un conduit dont les parois sont froides, se coagule dans son intérieur et obstrue ainsi sa lumière.

Mais certaines indications obstétricales ne sont pas les seules pouvant exister à la ponction. Il est des circonstances, en effet, où des adhérences ou toute autre cause obligent le chirurgien à laisser le kyste en place et à ponctionner. Souvent on crée ainsi un trajet fistuleux donnant issue à des matières purulentes, ce qui présente de graves inconvénients. C'est alors que pour arriver à détruire la surface épidermique du kyste et obturer la fistule, M. Laroyenne conseille de mettre dans son intérieur des crayons de chlorure de zinc ou simplement de pratiquer des cautérisations avec cette substance.

Nous rapportons ici l'observation d'une malade de la clinique gynécologique qui, ponctionnée d'abord pour un kyste dermoïde, conserva pendant trois ans un trajet fistuleux considérablement amélioré par le procédé dont nous venons de parler.

OBSERVATION (Laroyenne).

Eugénie R..., ménagère, vingt-sept ans, demeurant à Valence.
Deux accouchements à terme, le dernier avec forceps.

Pas de fausse couche. Menstruation régulière. Les règles durent six à huit jours. Après le dernier accouchement, elle eut de la fièvre et des vomissements qui durèrent trois mois et qui paraissent pouvoir être attribués à des accidents péritonitiques.

Au bout de huit mois, la malade vint à Lyon à la Clinique en 1892, époque à laquelle on lui fit une ponction à droite pour une tumeur dans laquelle étaient des cheveux et de la matière sébacée.

Cette femme resta deux mois dans le service de M. Laroyenne, et on lui dit de revenir pour se faire opérer.

Elle resta trois ans chez elle sans souffrir du ventre.

Actuellement, la malade perd du pus à peu près constamment, mais en quantité peu abondante. Vaginite. Plaques rouges avec odeur forte sur la face interne des cuisses.

A l'examen du cul-de-sac postérieur du vagin, on constate, qu'il est dur, tendu, un peu douloureux et qu'il présente un orifice fistuleux admettant la pulpe digitale et dans lequel est engagée une mèche de cheveux. Ce trajet a une longueur de 4 à 5 centimètres.

20 mars 1895. — On met un petit crayon de chlorure de zinc et une mèche avec un tampon au-dessus.

14 mai. — On met de la pâte de Vienne, puis un crayon de chlorure de zinc, dans le trajet qui présente toujours les mêmes dimensions.

7 juin. — La cavité cautérisée s'est rétrécie. On voit à travers l'orifice une surface dure très probablement formée par une escarre.

Mais cette méthode est toujours longue et difficile, et si pour une cause ou pour une autre, par erreur de diagnostic par exemple, on avait fait la ponction vaginale, et que les cautérisations de Laroyenne n'aboutissent pas à un résultat définitif favorable, ou mettent trop longtemps pour y arriver, quelle conduite tenir alors?

Il faut se décider à pratiquer l'ovariotomie; cependant

M. Condamin est d'avis que, vu les dangers d'infection qu'on ferait courir à la malade en extirpant par la voie abdominale une tumeur qui aurait été en contact plus ou moins longtemps avec l'air extérieur et, de ce fait, sûrement contaminée par toutes espèces de germes septiques, on aurait avantage dans ces cas-là à pratiquer l'ovariotomie vaginale avec hystérectomie, seul moyen capable à ce moment, sans craindre l'infection par l'opération, de débarrasser la femme de toute cause pouvant donner lieu à des accidents septicémiques.

CONCLUSIONS

I. Les théories invoquées pour expliquer la pathogénie des kystes dermoïdes sont fort nombreuses, et leur multiplicité même montre combien ce problème est difficile à résoudre.

II. La parthénogénèse ne peut en donner une juste explication.

III. Il faut considérer les kystes dermoïdes de l'ovaire comme de véritables tumeurs à tissus multiples. Ces tumeurs ont une origine unicellulaire et la cellule initiale est ici une cellule nodale de l'embryon qui reproduit à l'état pathologique les tissus multiples auxquels elle devait normalement donner naissance.

IV. Ces tumeurs ont une origine fatale, mais elles ne se sont jamais reposées et leur développement a commencé dès la vie fœtale, opinion qui diffère absolument de celle

de Conheim qui admet le sommeil des cellules de l'embryon pendant un certain temps.

V. Les kystes dermoïdes de l'ovaire ont une symptomatologie très insidieuse, néanmoins ils ont des signes qui leur sont bien particuliers.

VI. Le premier, et le plus important, est la présence de vives douleurs qui présentent une particularité fort intéressante, mise en relief par Laroyenne : la superficialité.

VII. Les autres signes sont :

La lenteur de l'évolution.

Les sensations spéciales données par la palpation.

Le petit volume ; ce dernier pouvant cependant manquer.

VIII. Le diagnostic d'une production pileuse est difficile et devra se faire par la réunion des symptômes. Un seul moyen pourrait permettre d'y arriver sûrement, c'est la ponction, mais les inconvénients qu'elle présente doivent la faire rejeter complètement.

IX. Le seul traitement des kystes dermoïdes est l'ovariotomie qu'on peut pratiquer de deux façons :

1° Par la voie abdominale ; méthode de choix ;

2° Par la voie vaginale.

X. L'hystérectomie doit être laissée de côté dans la majorité des circonstances ; elle ne peut être utile que pour débarrasser complètement une malade qui a déjà subi la ponction vaginale.

XI. La ponction vaginale est dangereuse et ne doit être employée que dans les cas d'absolue nécessité, comme il s'en présente en obstétrique, par exemple, ou lorsque le kyste est inopérable.

XII. Dans cette dernière circonstance, on peut aboutir à la guérison par des cautérisations du trajet fistuleux au chlorure de zinc.

XIII. Dans tous les cas, lorsqu'on est appelé à pratiquer la ponction, on devra toujours prendre la précaution indiquée par M. Fochier de chauffer son trocart, vu la possibilité de la coagulation du contenu du kyste.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LAROYENNE.

Vu, bon à imprimer :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer :

Pour le Recteur et par délégation;
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES SCIENCES,
J. RAULIN.

TABLE

AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Quelques idées nouvelles sur la patho- génie des kystes dermoïdes de l'ovaire.	9
CHAPITRE II. — De quelques symptômes plus particuliers aux kystes dermoïdes de l'ovaire. Leur diagnostic est-il possible ?	20
CHAPITRE III. — Du traitement des kystes dermoïdes de l'ovaire	35
CONCLUSIONS	55

